|  |  |
| --- | --- |
| **Jednostka zlecająca:**Nazwa:Adres: | **Skierowanie do:****Zakład Diagnostyki Patomorfologicznej****31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 16** |
| **DANE PACJENTA – (wypełnia lekarz zlecający)** |
| Priorytet: □ rutynowy □ CITO □ DILO |
| Materiał pobierany w trakcie tej samej hospitalizacji co zlecenie: □ TAK □ NIE |
| **Wybór płatnika i trybu rozliczania:****NFZ** □ leczenie szpitalne Nr 129/2019/DSOZ □ świadczenie odrębnie kontraktowane □ ambulatoryjna opieka specjalistyczna  (rozlicza klinika) (SOK rozlicza laboratorium) ( AOS rozlicza ambulatorium)**Inny**  □ usługa komercyjna □ badanie kliniczne □ inne |
| **DANE PACJENTA – (wypełnia lekarz kierujący)** |
| Imię i nazwisko pacjenta: |
| **PESEL\*** | Płeć □ K□ M | ID Oddz. Woj. NFZ |
| Rozpoznanie | ICD 10 (pięć znaków) |
| □ Guz pierwotny □ przerzut/wznowa □ przed leczeniem □ w trakcie leczenia |
| Wskazanie do badania:  |
| **ZLECONE BADANIA – (wypełnia lekarz kierujący)** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| □ ocena amplifikacji genu *HER2* metodą FISH  | □ ocena rearanżacji genów *IRF4-DUSP22* metodą FISH |
| □ ocena rearanżacji genu *ALK* metodą FISH  | □ ocena statusu genów *RREB1/MYB/CCP6/CCND1* metodą FISH  |
| □ ocena rearanżacji genu *ROS1* metodą FISH  | □ badanie mutacji genu *EGFR* |
| □ ocena rearanżacji genu *MYC* metodą FISH | □ badanie mutacji genów *KRAS/NRAS*  |
| □ ocena rearanżacji genu *BCL2* metodą FISH  | □ badanie mutacji genów *KRAS/NRAS/BRAF/PIK3CA/AKT1* |
| □ ocena rearanżacji genu *BCL6* metodą FISH |  |

 |
| **MATERIAŁ BADANY – (wypełnia lekarz kierujący)** |
| Rodzaj materiału: □ Bloczek parafinowynumer bloczka/preparat: □ inny materiał |
| Czy uzyskano zgodę pacjenta na:wykonanie badania genetycznego i przetwarzanie danych osobowych? transmisję wyników badań drogą elektroniczną?□ TAK □ NIE □ TAK □ NIE |
| Oznaczenie i podpis lekarza | Data | Godzina |
| **KWALIFIKACJA MATERIAŁU DO BADANIA – (wypełnia lekarz patolog)** |
| **□** bloczek parafinowy numer bloczka:□ inny materiał numer badania: Utkanie nowotworowe: ……………… % uwagi: |
| Oznaczenie i podpis lekarza patologa\* | Data | Godzina |
| **PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO ZAKŁADU PATOMORFOLOGII** |
| Osoba przyjmująca materiał: |
| Data | Godzina | Nr badania |
| Uwagi: |